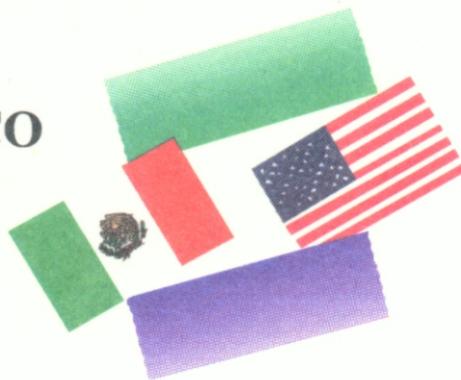


Tarjeta Binacional de Salud

MEXICO



USA

Binational Health Card

Este documento es para facilitar la continuidad de la atención a la salud.

This document is to facilitate continuity of health care.

En México, llame al 01-800-004-4800, en EUA; llame al 1-800-789-1751 ó

In the US, call 1-800-789-1751 or

In Mexico, call 01-800-004-4800

1-800-789-1751 es el número de CureTB. El número de teléfono de TBNet (1-800-825-8205) se llena el espacio en blanco si el paciente indicó que el migrará dentro de los EUA.

01-800-004-4800 es el número del sistema de referencia binacional de TB para el Programa de TB en México.

No. de Tarjeta - Las tarjetas ya están numeradas. El no. de tarjeta incluye códigos de los países (e.g., US 0001 → U0001; México 0001 → M0001).

***No. de Tarjeta / Card No. M**

2100

Llenar los espacios o marcar con X / Fill in spaces or mark with X

Expedida en / Issued in:

Unidad / Health Unit _____

Municipio / County _____

Estado / State _____

Jurisdicción / District _____

Teléfono / Telephone () _____

Unidad - Escribe el nombre de la clínica o departamento de salud.

Municipio - Escribe el nombre de Municipio al que pertenece la unidad.

Estado - Escribe el nombre del estado donde se encuentra la clínica o departamento de salud

Teléfono - Escribe el número de teléfono de la unidad con clave lada.

Fecha de inicio de tratamiento (dd/mm/aaaa)

Date treatment started (dd/mm/yyyy)

____/____/____

Inicio de Tratamiento - Escribe la fecha del inicio de tratamiento en el formato especificado.

Fecha de última dosis (dd/mm/aaaa)

Date of last dose (dd/mm/yyyy) ____/____/____

Fecha de última dosis - Escribe la fecha de la última dosis administrada al paciente en el formato especificado.

Esquema de Tratamiento*

Treatment regimen*:

H	R	Z	E	S
---	---	---	---	---

Otro(s) / Other(s): _____

Esquema de Tratamiento - H=Isoniazida, R=Rifampicina, Z=Pirazinamida, E=Etambutol, S=Estreptomina
Marque con una X los medicamentos del tratamiento cuando proporcionó la tarjeta.

TAES / DOTS:

<i>Sí/Yes</i>	<i>No</i>
---------------	-----------

Otro(s) medicamentos - Escribe el nombre de algún otro medicamento para el tratamiento anti-tuberculosis.

***H=isoniazida; R=rifampicina; Z=pirazinamida; E=etambutol; S=estreptomina**

TAES? (Sí/No) - Marque "Sí" o "No" si el paciente ha recibido el tratamiento acordado estrictamente supervisado.